Lane Medical Library 1922

Über Störungen des Kohlehydratstoffwechsels bei organischen Pankreaserkrankungen.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Paul Kaufmann

aus

Wernigerode a. H.

Referent: Oberarzt Dr. L. Grote.

Druck von W. Hendrichs, Halle a. S.
1922

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153712_0316

An Störungen des Kohlehydratstoffwechsels sind bei organischen Pankreaserkrankungen schon seit langem bekannt: spontane Glukosurie, alimentäre Glukosurie e saccharo und ex amylo. In den letzten Jahren ist noch auf eine Verschiebung des Diastasegehaltes in Blut, Stuhl und Urin und auf eine quantitative und qualitative Aenderung der Glukosurie nach Phlorrhizininjektionen hingewiesen worden.

In vorliegender Arbeit galt es nun die in der Literatur hierüber gemachten Angaben an Hand der seit 1910 an der hiesigen medizinischen Klinik beobachteten Fälle von organischen Pankreaserkrankungen nachzuprüfen. — Es handelte sich hier um 14 Fälle: 5 Fälle von Karzinom, 2 von chronischer Pankreatitis, 3 von Hypochylie, 3 Pseudozysten und 1 Fall von Atrophie.

Spontane Glukosurie und Erhöhung des Blutzuckerspiegels wurde nur in einem Falle beobachtet. — Die Kraussche Probe auf alimentäre Glukosurie war in den angeführten Fällen nur dreimal positiv: bei einem Karzinom des Pankreaskopfes 2 Wochen ante exitum, bei einer Pseudozyste kurz vor einer Spontanruptur und bei einer chronischen Pankreatitis. Diese Fälle zeigen, daß der praktische Wert sowohl der spontanen wie der alimentären Glukosurie nicht sehr groß ist. — Da spontane Glukosurie erst nach vollkommener Zerstörung des Pankreas auftreten kann, geht der Patient eher an seinem Leiden zu grunde, als daß Zucker im Harn auftritt. Aber auch die großen Hoffnungen, die man anfänglich auf die Kraussche Probe setzte (Lazarus, Albu), bestätigen sich in keiner Weise: auch unsere Fälle zeigen, daß in den Stadien, in denen die Patienten mit organischen Pankreaserkrankungen zur Beobachtung kamen, Störungen der inkretorischen Pankreasfunktion meist vom übrigen Parenchym kompensiert werden. Die feinen Schwankungen der inneren Sekretion, die in solchen Fällen auf eine Pankreasaffektion hinweisen könnten, kann die Kraussche Probe offenbar nicht nachweisen.

Die Verschiebung des Diastasegehaltes in Blut, Stuhl und Harn zeigte in 2 von unseren Fällen den von Wohlgemuth als gesetzmäßig bezeichneten Verlauf. — In einem Falle jedoch dauerte die Verschiebung der Diastasewerte 6 Wochen lang an. Es handelte sich hier um eine Zyste, nach deren Operation 6 Wochen lang eine eitrige Fistel bestehen blieb. Dieser Umstand legt — in Analogie mit dem zitierten Falle Hirschbergs und der von Noguchi bei

Magenoperationen gemachten Erfahrung, daß bei leichten Pankreasläsionen eine Erhöhung der Blutdiastase eintritt, — die Annahme nahe, daß die dauernde Verschiebung der Diastasewerte in diesem Falle auf eine chronische Reizung des Pankreas durch entzündliche Prozesse zurückzuführen ist.

Soweit das Blutbild in dem hier zu Grunde liegenden Material differenziert worden war, zeigte sich in allen in Frage kommenden Fällen eine relative Lymphozytose bis zu 48 %. Es entspricht dieses Ergebnis den Befunden von Cohn und Peiser, die in 5 Fällen von organischen Pankreaserkrankungen stets eine Lymphozytose bis zu 44 % fanden, aber keine Schlüsse daraus zu ziehen wagten, solange man nicht ein größeres Untersuchungsmaterial als Stütze hätte. Ihre Annahme, daß durch leichte Schädigung der inkretorischen Pankreasfunktion im Zusammenspiel der Hormone ein Prävalieren des Pankreasantagonisten, der Schilddrüse — und somit ein sekundär thyreotischer Zustand mit Lymphozytose — eintreten könne, scheint aber richtig zu sein, denn unsere Fälle bestätigen ihren Befund vollkommen. — Nur 2 von diesen Fällen zeigten alimentäre Glukosurie. Die obengenannten Autoren fanden in ihren Fällen nur einmal alimentäre Glukosurie, stets aber Lymphozytose. Daraus erhellt, um wieviel feiner die Blutdifferenzierung arbeitet als die spontane und alimentäre Glukosurie.

Die Phlorrhizinversuche zeigten im Gegensatz zu Caros Befund, der besonders ein Ansteigen der Prozentgehaltkurve fand, einen kolossalen Anstieg der Grammwerte. In einem Falle, in dem sich keine gröberen Störungen des Kohlehydratstoffwechsels zeigten, wo Löwische Reaktion und Kraussche Probe nur zu einem mäßigen positiven Ausfall führten (minimale Glukosurie erst nach 30 Stunden), ließ sich eine deutliche, um das 5 fache der Norm erhöhte Phlorrhizinglukosurie nachweisen. Berücksichtigt man ferner die angeführten, analogen Ergebnisse, zu denen Caro, Cohn und Peiser gelangten, so scheint die Annahme nicht unberechtigt, daß die erhöhte Phlorrhizinglukosurie von allen zur Prüfung der inkretorischen Pankreasfunktion bisher angegebenen Untersuchungsmethoden am meisten verspricht. Sie wäre es wert, an einem größeren Material, als es hier zur Verfügung stand, nachgeprüft zu werden.